



دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية
إستمارة مساعدة العائلة

هذا المربع مخصص لإستعمال دائرة DHS فقط

Case #: _____
Date received: _____
County: _____

سنأخذ إستمارة فقط إذا كانت تحمل اسمك وعنوانك وتوقيعك. لكن كلما أعطيتنا معلومات إضافية، كلما نستطيع بشكل أسرع أن نبتين إن كنت تستطيع الحصول على مساعدة. وإن حصلت على موافقة، ستبدأ مخصصاتك من تاريخ تقديمك للإستمارة. وفي معظم الحالات، ستحتاج إلى التحدث مع مسؤول من دائرة DHS لإستكمال عملية تقديم الإستمارة. قد تتمكن من الحصول على مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP بعد 7 أيام إذا:

1. كان الدخل الشهري لأسرتك المعيشية أقل من \$150، ولديك الآن موارد بقيمة \$100 أو أقل.
2. كانت كلفة مسكنك (زائد فواتير المرافق العامة) أكثر من ذلك الشهرية زائد التوفيرات.
3. كنت تقوم بعمل موسمي في المزارع أو خاص بالمهاجرين.

إن كنت تعاني من إعاقه تجعل من الصعب عليك إستكمال أو فهم هذه الإستمارة، يمكننا مساعدتك. ويمكننا الإتصال بك أو زيارتك إذا كنت لا تستطيع الحضور إلى مكتبنا.

الإسم		إني أقدم طلباً لـ: _____ Families First _____ Food Stamps/SNAP _____	
عنوان المنزل		قد نستخدم رقم هاتف منزلك أو الخليوي للإتصال بك وتذكيرك بموعد. وسنترك رسالة إن لم ترد.	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل
العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)	الولاية	الرمز البريدي	هاتف العمل
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الخليوي/هاتف آخر
إننا نستخدم أرقام الضمان الإجتماعي للتحقق من أنك الشخص الذي تقول إنك هو. كما نستخدمها للتأكد من أنك تحصل على القدر الصحيح من المساعدة، ولتغيير قدر المساعدة التي تحصل عليها، وللتحقق من سجلات أخرى على الكمبيوتر وللحكومة، وللتأكد من أنك تتأهل. فحين نتحقق من سجلات الضمان الإجتماعي ومصحة الضرائب IRS والتوظيف. كما قد نتحقق من سجلات الهجرة والجنسية. وإن كانت تلك السجلات لا تطابق ما تقوله، فقد يؤثر ذلك على ما إذا نستطيع الحصول على مساعدة وعلى كمية النقد أو قسائم الطعام التي تحصل عليها. وإن أعطيت عن قصد معلومات غير صحيحة للحصول على مساعدة، قد تذهب إلى السجن.			
هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟ () نعم () لا		عبر تزويد معلومات عن عرقك/أصلك القومي، يظهر ذلك إذا كانت الولاية تتبع قوانين حقوق مدنية. يرجى إستخدام ما يلي للإشارة إلى العرق: W = أبيض/قوقازي، B = أسود/أمريكي - أفريقي، A = أسوي، H = من الشعوب الأصلية لجزر هاواي/المحيط الهادئ، I = هندي أمريكي/ من الشعب الأصلي لولاية الاسكا (إن أسرتك المعيشية غير ملزمة بإعطائنا هذه المعلومات ولن يؤثر ذلك على أهليتك ولا مستوى مخصصاتك.) الوضع الزوجي: إستخدم إحدى العبارات التالية أدناه لكل عضو بالغ من الأسرة المعيشية: متزوج، أعزب، مطلق، أرمل، منفصل	
إذا نعم، أي لغة؟ _____			

عدد كل شخص في أسرتك المعيشية (بمن فيهم أنت) لإضافة مزيد من الأشخاص، يرجى إرفاق إستمارة أو صفحة أخرى	هل هذا الشخص يطلب مخصصات؟ (نعم/لا)	(غير مطلوب إن كان الشخص لا يريد تلقي مخصصات)		الجنس (د/أ)	(خبري) إشارة في المربع إن كنت من أصل هسباني/ لاتيني	(خبري) العرق (راجع سجل كل ما ينطبق)	الوضع الزوجي (راجع أعلاه)	تاريخ الولادة	ضع إشارة إن كان الشخص حاملاً	ضع إشارة إن كان الشخص معاقاً
		لمزيد من المعلومات، راجع الصفحة 1 من بيان التفاهم	رقم الضمان الإجتماعي							

أقسم تحت طائلة عقوبة الحنث في اليمين (جريمة الإدلاء ببيانات خاطئة بعد قسم اليمين) وكافة العقوبات الأخرى السارية أن البيانات المقدمة على هذه الإستمارة وأي من مرفقاتها لأي شخص أجرى معي مقابلة هي صادقة وصحيحة، وأن جميع الأشخاص الطالبين أو المتلقين للمساعدة هم مواطنون أمريكيون أو أجانب شرعيون أو مهاجرون مؤهلون. وأفهم وأوافق على القواعد والمعلومات المعطاة لي. وإن تم طلب مني ذلك، سأعطي المعلومات التي تثبت بياني أو أعطي لدائرة DHS إننا للحصول على إثبات. وأفهم أنني علي أن أبلغ عن أي تغييرات حسبما تطلبه مني دائرة DHS. إسقاط مسؤولية: قد تحتاج ولاية تينيسي أو الأشخاص العاملون لديها إلى إثبات أن المعلومات التي أعطيتها هي صحيحة. وبموجب توقيعك على هذا المستند، إنني أقول إنه يمكن الحصول على إثبات. فذلك سيعدهم بقررون إن كان يمكنني الحصول على برنامج Food Stamps أو Families First. كما أقول إنني قرأت وفهمت بيان التفاهم.

التوقيع: _____ التاريخ: _____ الشاهد (إن تم التوقيع بـX): _____ التاريخ: _____
ولي الأمر أو الممثل المعتمد: _____ التاريخ: _____

هذا المربع مخصص لبرنامج Families First فقط: إن الإفراج عن سجلات حضور المدرسة
 أنا (المشارك) أعطي إندنا لوزارة التعليم في تينيسي أو مدرسة طفلي بالإفراج لدائرة تينيسي للخدمات الإنسانية عن سجلات حضور المدرسة الخاصة بالأطفال المذكورين على هذه الإستمارة. وستستخدم دائرة الخدمات الإنسانية هذه السجلات، بما في ذلك أرقام الضمان الإجتماعي، لمساعدتي على الإبقاء بمسؤولياتي تجاه برنامج Families First. وسيتم تلف السجلات عندما لا تكون مطلوبة.

التوقيع: _____ **التاريخ:** _____

أفهم أنه يحق لي بمثل معتمد أو ممثلين معتمدين:

إمكانية تقديم طلب هذه المخصصات بالنيابة عن: Families First () ؛ Food Stamps/SNAP () ؛ إمكانية استخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عنني () ؛ إمكانية استخدام مخصصاتي من Food Stamps/SNAP بالنيابة عنني () ؛ إمكانية استخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عنني () ؛

إمكانية تقديم طلب هذه المخصصات بالنيابة عنني: Families First () ؛ Food Stamps/SNAP () ؛ إمكانية استخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عنني () ؛ إمكانية استخدام مخصصاتي من Food Stamps/SNAP بالنيابة عنني () ؛

تسجيل الناخبين

هل أنت مسجل للتصويت حيث تقييم الأن؟ () نعم () لا
 هل تود التسجيل للتصويت؟ () نعم () لا

هل تريد أن ترسل لك دائرة DHS إستمارة تسجيل الناخب عبر البريد؟ () نعم () لا
لن تتغير المخصصات التي قد تتلقاها من دائرة DHS بصرف النظر عما إذا تتسجل أم لا تتسجل للتصويت، كما لن يمنعك عدم التسجيل من تقديم طلب للمخصصات.

سجل المعلومات حول دخل أسرتك المعيشية في المربعات أدناه. يشمل الدخل ولا يقتصر على التوظيف، والعمل الحر، والنفقة الزوجية، وإعالة الأطفال، ومخصصات الإعاقة، والضمان الإجتماعي/SSI، وتعويض العامل، ومخصصات البطالة، ومعاشات التقاعد، ومريبات، والدخل من فوائد.

الشخص ذو ضرائب/نفقات الدخل	مصدر الدخل (مثل عمل، ضمان إجتماعي، إعالة أطفال)	المبلغ الشهري قبل الضرائب/النفقات

عدد أي موارد للأسرة المعيشية (النقد، أو الحسابات المصرفية الجارية أو للتوفير أو أخرى، أو شهادات إيداع، أو أسهم، أو سندات، أو صناديق تحوط، أو حسابات تقاعد، أو صناديق إنتمان، أو معاشات سنوية، أو أصول ثابتة أخرى)

النوع:	القيمة:	النوع:	القيمة:

يمكن منع أي عضو يتعد مخالفة أي من القواعد من برنامج Food Stamps/SNAP من مدة سنة واحدة إلى الأبد، أو فرض عليه غرامة لغاية \$250,000، أو سجنه لغاية 20 سنة، أو كلاهما. كما قد يخضع للمحاكمة بموجب القوانين السارية الفدرالية والخاصة بالولاية. كما قد تحظر عليه المشاركة في برنامج Food Stamps/SNAP لمدة إضافية تستغرق 18 شهراً، إن أمرت المحكمة بذلك. لا تتبادل أو تبيع بطاقات EBT، أو تستخدم بطاقة شخص آخر.

قد تنتهي مخصصاتك من برنامج Food Stamps/SNAP إذا:
 * أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت وقائع للحصول على مخصصات SNAP؛
 * استخدمت بطاقة ضمان مخصصات خاصة بشخص آخر بدون إذنه؛
 * اشتريت عبر مخصصات برنامج SNAP أشياء مثل البيرة أو السجائر أو الصابون أو دفعت على حسابات إنتمان.

إن خالفت هذه القواعد، لن تتلقى مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP لمدة:
 سنة للمرة الأولى، وستنتهي للمرة الثانية، وإلى الأبد للمرة الثالثة.

إن استبدلت مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP بمخدرات/مواد خاضعة للرقابة، يمكن قطعها عنك لمدة:
 سنتين للمرة الأولى وإلى الأبد للمرة الثانية.

سيتم قطع عنك برنامج Food Stamps/SNAP إلى الأبد إذا تم إثبات أنك مذنب ب:
 * استبدال مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP بمسدسات أو ذخائر أو متفجرات أو مواد محظورة (مخدرات غير شرعية)؛
 * بيع مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP بقيمة \$500 أو أكثر.

لا تحطي معلومات غير صحيحة حول من أنت أو أين تعيش للحصول على برنامج Food Stamps/SNAP، فإعطاء معلومات غير صحيحة قد يمنعك من الحصول على برنامج Food Stamps/SNAP لمدة 10 سنوات.

الإدانات الفدرالية و/أو من الولاية:
 هل تمت إدانتك أنت أو أحد في أسرتك المعيشية بالذنب بسبب الحصول على TANF (مخصصات نقدية) أو مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP من ولايتين أو أكثر في آن واحد؟

نعم ___ لا ___
 هل استخدم أحد أموال TANF في المؤسسات التالية: محلات الكحول والكازينو وصلالات البوكر ومؤسسات ترفيه البالغين وصلالات لعبة البينغو وحلبات السباق ومحلات التجزئة المرخصة التي تكسب أكبر مبيعاتها من التبغ المفروق والسجائر والبايب وغيرها من قطع التدخين؟ (TANF فقط)

نعم ___ لا ___
 هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية بسبب شراء أو بيع مخصصات Food Stamps/SNAP تجاوزت \$500؟ نعم ___ لا ___

هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية بجنابة بسبب سلوك متعلق حياة أو استخدام أو توزيع مادة مخدرة محظورة بعد 96/08/22 (Food Stamps/SNAP و TANF)؟ نعم ___ لا ___

هل أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية مختبئ أو فار من العدالة لتجنب محاكمة، أو إلقاء القبض عليك، أو الذهاب إلى السجن، بسبب جريمة أو جنائية أو محاولة ارتكاب جريمة أو جنائية، أو انتهاك شرط أو إفراج مشروط أو إنتهاكات مدة مشروطة؟ نعم ___ لا ___

هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من الأسرة المعيشية باستبدال مخصصات Food Stamps/SNAP مقابل مخدرات أو مواد خاضعة للرقابة؟ نعم ___ لا ___

المبلغ المدفوع لإعالة الأطفال	النفقات الطبية
إن كنت ملزماً قانونياً بأن تدفع مبلغ إعالة أطفال لطفل أو أطفال لا يعيشون معك، سجل ذلك هنا:	عدد النفقات الطبية المتكررة مثل الأدوية الموصوفة أو أقساط التأمين. فهذه قد تساعدك على الحصول على مزيد من برنامج Food Stamps إن كنت مسناً أو معاقاً.
الطفل: _____ \$ شهرياً	النوع: _____ \$ شهرياً
الطفل: _____ \$ شهرياً	النوع: _____ \$ شهرياً

تكاليف المسكن	نفقات رعاية الأطفال
الإيجار / رهن المنزل (ضع دائرة حول اختيار واحد)	المبلغ المدفوع شهرياً: _____ \$
المبلغ الشهري: _____ \$	إسم مقدم الرعاية للأطفال: _____
الغاز/الكهرباء: _____ \$ شهرياً	
الهاتف: _____ \$ شهرياً	

يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والإعاقة والعمر والجنس وفي بعض الحالات، المعتقدات الدينية أو السياسية. كما تحظر "وزارة الزراعة الأمريكية" [U.S. Department of Agriculture] (USDA)، التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو المعتقدات الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو التار أو الإنتماء بسبب نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تمويله وزارة USDA. وعلى الأشخاص ذوي الإعاقات والمتقنين لوسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات برامج (مثل برييل والطباعة بالأحرف الكبيرة والأشرطة السمعية ولغة الإشارات الأمريكية والنج) الإتصال بالمؤسسة (الخاصة بالولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للصحف أو ذوي صعوبات السمع أو إعاقات النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لتحويل الإتصالات" [Federal Relay Service] على الرقم 800) 877- 8339. وبالإضافة إلى ذلك، قد تكون معلومات البرامج متوفرة في لغات غير الإنجليزية. وأرفع شكوى تمييز ضمن برنامج، إستكمل "إستمارة شكوى التمييز في برامج وزارة USDA" [USDA Program Discrimination Complaint Form] الموجودة على الإنترنت على http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، ولدى أي مكتب لوزارة USDA، أو اتصل بالرقم 632-9992 (866) لطلب الإستمارة. وارسل لنا إستمارة شكواك المستكملة أو رسالة عبر البريد على العنوان U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. أو الرقم 690-7442 (202) أو عبر البريد الإلكتروني على program.intake@usda.gov. وارسل "وزارة الصحة والخدمات الإنسانية" على العنوان 20201 Washington, D.C. Room 509F HHH Bldg, Washington, D.C. 20250-9410 HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg, Washington, D.C. 20201 أو الرقم 877- 8339 (800) أو الرقم 845-6136 (الإسبانية). تقدم وزارة USDA ووزارة HHS فرصاً متكافئة في العمل كما يجوز لك مراسلة العنوان Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243، أو الإتصال بالرقم 313-4700 (615).

على موظفي دائرة DHS التحقق من فقرة إستمارات " [Forms] على النظام الإلكتروني الداخلي لضمان استخدام النسخ الحالية. ولا يجوز تعديل الإستمارات بدون موافقة مسبقة. التوزيع: نظام FARAS (أصل) HS-0169 (تعديل 05-17)



بيان تفاهم – قواعد البرنامج (ملحق إستمارة الطلب)

هل أنت بحاجة إلى الإبلاغ عن تغيير؟ هل لديك سؤال؟
هل أنت بحاجة إلى مساعدة؟ إتصل بنا. هذا الإتصال مجاني.
مركز خدمة مساعدة العائلة - 1-866-311-4287
نحن هنا لمساعدتك من الساعة 7:00 صباحاً حتى الساعة 5:00 بعد
الظهر من الإثنين حتى الجمعة.

هام – احتفظ بهذه الوثيقة!

نسخة المشارك

إن كنت تعاني من إعاقة وتستلزم مساعدة خاصة، يرجى إخبارنا بذلك.

مترجمون فوريون مجانيون – إن كنت لا تفهم اللغة الإنجليزية جيداً وكنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى إخبارنا بذلك. فسنحضر مترجماً فورياً سيساعدك على التكلم معنا. هذه الخدمة مجانية. وإحضر مترجم فوري لن يؤخر عملية البت بقضيتك. ونحن قادرون على إستلام طلبك اليوم.

يمكنك تقديم طلب الحصول على مخصصات برنامج "فاميليز فيرست" [Families First] أو "SNAP/قسائم الطعام" [SNAP/Food Stamps] في مكتب لـ "دائرة الخدمات الإنسانية" [DHS]. ويجب إستكمال إستمارة طلب ومقابلة. ويمكن الوصول إلى إستمارة طلب دائرة DHS أو إستكمالها عبر الإنترنت أو في مكتب دائرة DHS. ويمكنك إستخدام هذه الإستمارة لرفع طلب لبرنامج واحد (1) أو أكثر. ولن يتم رفض طلبك لبرنامج قسائم الطعام/SNAP فقط على أساس رفض طلبك لبرنامج آخر. وستتولى البيت بإستمارات طلب برنامج SNAP وفقاً لإجراءات برنامج SNAP، بما في ذلك الإشتراطات المتعلقة بالفترات الزمنية والجلسات المنصفة، بصرف النظر عما إن كانت إستمارة الطلب لبرنامج SNAP وبرامج أخرى. وعليك إعطاء إثبات لهويتك وذلك وعوامل أخرى مطلوبة للموافقة على طلبك. وإن كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على إثبات، اسأل مسؤول قضيتك في دائرة DHS.

إن كنت أنت أو الشخص الذي تقدم عنه طلباً موهلاً لمخصصات، قد يتم تزويد مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام أو TANF ابتداءً من تاريخ إستلامنا للطلب الذي يحمل إسمك وعنوانك وتوقيعك. وسيكون تاريخ التقديم مختلفاً إن كانت الأسرة المعيشية في مؤسسة وتقدم طلباً لبرنامج SNAP وبرنامج "دخل الضمان الإضافي" [SSI] في آن واحد. وفي هذه الحالة، يكون تاريخ التقديم تاريخ الخروج من المؤسسة.

- على أي شخص في الأسرة المعيشية يقدم طلباً لمخصصات برامج فاميليز فيرست أو SNAP/قسائم الطعام أن يعطينا رقمه للضمان الإجتماعي ووضع جنسيته أو هجرته. ف"قانون الأغذية والتغذية" [Food and Nutrition Act] يدعنا نستخدم أرقام الضمان الإجتماعي لنؤكد حصولك على المبلغ الصحيح من المعونة، ولتغيير مبلغ المعونة التي تتلقاها، ولتفحص سجلات الكمبيوتر والحكومة، ولنؤكد أنك مؤهل. وعندما نتفحص سجلات الكمبيوتر، نستخدم "نظام إثبات الأهلية المبنية على الدخل" [Income Eligibility Verification System]. وإن لم تتطابق تلك السجلات ما تقوله، قد تؤثر على ما إذا يمكنك تلقي المساعدة وكمية النقود أو قسائم الطعام التي تتلقاها. وإن لم يكن لديك رقم للضمان الإجتماعي، يمكننا مساعدتك على طلب هذا الرقم.

- إن كان لديك رقم للضمان الإجتماعي، وكنت مواطناً أمريكياً أو أجنبياً شريعياً أو مهاجراً مؤهلاً، عليك تقديم طلب للمخصصات إن كنت فرداً إلزامياً من العائلة.

- مثال: على الزوجين والأطفال والديههم تقديم طلب ضم الأسرة المعيشية ذاتها، إلا إذا كنت تختار عدم تقديم طلب للمخصصات لشخص يختار عدم إعطاء رقم ضمانه الإجتماعي أو وضع هجرته.

- لا تحتاج دائرة DHS إلى أرقام الضمان الإجتماعي ولا وضع جنسية/هجرة أفراد الأسرة المعيشية غير المقدمين لطلب مخصصات. إن تم تزويد رقم ضمان إجتماعي لشخص لا يقدم طلباً للمخصصات، لن يُرسل إلى "دائرة الهجرة والجنسية" [Immigration and Naturalization Services] من أجل إثبات وضعه.

- يجوز لك تقديم طلب مخصصات لحاملي الجنسية والمهاجرين المؤهلين إن لا تقدم طلباً للمخصصات لنفسك.

- قد يخضع وضع جنسية أحد أفراد الأسرة المعيشية المقدمة لطلب للإثبات على يد "الدائرة الأمريكية لخدمات الجنسية والهجرة" [USCIS] عبر تقديم المعلومات من إستمارة الطلب إلى وزارة USCIS، وقد تؤثر المعلومات المقدمة التي تتلقاها دائرة USCIS على أهلية الأسرة المعيشية ومستوى مخصصاتها.

موارد ودخل الأشخاص غير المقدمين لطلب مخصصات ستظل معتبرة.

إن كنت تقدم طلباً للمساعدة من دائرة DHS، قد نعطي رقم ضمانك الاجتماعي لـ:

- الشرطة التي تبحث عن منتهكي القوانين متى يسمح القانون لنا أو يلزمنا بذلك أو متى تأمرنا محكمة بذلك.
- وكالات أخرى فدرالية أو خاصة بالولاية إن سمح لنا القانون أو ألزمنا بذلك.

إن عملية جمع المعلومات على إستمارة الطلب، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي، معتمدة بموجب قانون الأغذية والتغذية لعام 2008 (المعروف سابقاً بـ"قانون قسائم الطعام" [Food Stamp Act])، حسب تعديله، الفقرات 2036-2011 من العنوان 7 من "قانون الولايات الأمريكية" [U.S.C.]. وسيتم إستخدام المعلومات لتحديد ما إن كانت أسرته المعيشية مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج SNAP. وستتحقق من صحة هذه المعلومات عبر برامج كمبيوتر تتلوى عملية المطابقة. كما سيتم إستخدام هذه المعلومات لمراقبة الامتثال لأنظمة البرنامج ولإدارة البرنامج.

ما هي المدة التي نستغرقها لإتخاذ قرار حول طلبك؟

- المدفوعات النقدية لبرنامج فاميليز فيرست: لدينا 45 يوماً لنقرر إذا يمكنك الحصول عليها.
 - برنامج قسائم الطعام/SNAP: قد يكون لدينا لغاية 30 يوماً لنقرر ولنعطيك مخصصات SNAP/قسائم الطعام إن كنت مؤهلاً لها.
 - لإتخاذ قرار في الوقت المناسب، يجب أن تحصل دائرة DHS على مساعدتك في الحصول على كل ما تحتاجه من إثبات.
- سيخبرك مسؤول قضيتك عن التغييرات التي عليك الإبلاغ عنها. وإن كنت تتلقى برنامج فاميليز فيرست، عليك إبلاغ دائرة DHS بأي تغييرات في وضع معيشتك في غضون 10 أيام.
- وإن كنت تتلقى برنامج SNAP/قسائم الطعام وتقدم إستمارة إبلاغ مبسط [Simplified Reporting]، عليك الإبلاغ عندما يتجاوز ذلك الشهري حد إجمالي دخل برنامج قسائم الطعام/SNAP لأسرتك المعيشية. وسيخبرك مسؤول قضيتك عن قيمة ذلك المبلغ. وعليك الإبلاغ عن هذا التغيير بحلول اليوم الـ10 من الشهر التالي بعد حدوث التغيير في دخلك.

لن تغير مخصصات SNAP/قسائم الطعام مخصصاتك من فاميليز فيرست. إن توقفت المدفوعات النقدية من فاميليز فيرست، قد تظل تتلقى مخصصات قسائم الطعام/SNAP، لكن إن بدأت بالحصول على برنامج فاميليز فيرست، قد تتخفف مخصصاتك من SNAP/قسائم الطعام. وسيتم إخطارك بهذا التغيير، إلا أنك قد تحصل على هذا الإخطار قبل أقل من عشرة أيام من تخفيض مخصصاتك من SNAP/قسائم الطعام.

قد تنتهي مخصصاتك من برنامج SNAP/قسائم الطعام إن:

- أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت حقائق للحصول على مخصصات من برنامج SNAP/قسائم الطعام؛
- إستخدمت بطاقة ضمان مخصصات شخص آخر بدون إذنه أو قمت بتبادل أو بيع بطاقة ضمان المخصصات؛
- إشتريت عبر مخصصات SNAP/قسائم الطعام أشياء مثل البيرة أو السجائر أو الصابون، أو إشتريت على حسابات إنتمان.
- دفع مقابل طعام تم شراؤه بإنتمان بمخصصات برنامج قسائم الطعام/SNAP.

إن خالفت هذه القواعد، لن تحصل على مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام لمدة:

- سنة واحدة في المرة الأولى.
- سنتين في المرة الثانية.
- إلى الأبد في المرة الثالثة.

إن استخدمت أو تلقيت مخصصات ضمن معاملة شملت بيع مخدرات أو مواد خاضعة لقيود، يمكن حرمانك لمدة:

- سنتين في المرة الأولى.
- إلى الأبد في المرة الثانية.

سيتم حرمانك من برنامج SNAP/قسائم الطعام إلى الأبد إن حكمت محكمة بأنك مذنب بتهمة:

- إستبدال مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام بمسدسات أو ذخائر/أعتدة أو متفجرات.

- بيع مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام بقيمة \$500 أو أكثر.

لن تتلقى مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام لمدة عشر (10) سنوات إن أعطيت معلومات غير صحيحة حول هويتك أو مكان إقامتك من أجل الحصول على مخصصات برنامج قسائم الطعام/SNAP.

وإن لم تتبع خطتك من برنامج فاميليز فيرست، قد نوقف مدفوعاتك النقدية من برنامج فاميليز فيرست أو يجوز تخفيض مخصصاتك من برنامج SNAP/قسائم الطعام.

وإن لم تبلغ عن دخل عملك أو يصدر قرار بأنك إنتهكت قواعد برنامج SNAP/قسائم الطعام عن قصد، قد تكون مجبراً على إعادة دفع المال إن حصلت على مخصصات كثيرة زائدة من برنامج SNAP/قسائم الطعام.

قد يتم إيداع الأشخاص الذين يخالفون هذه القواعد في السجن أو يتم إتهامهم بموجب القوانين الفدرالية أو يتم فرض عليهم غرامة لغاية \$10,000. وإن نشأت مطالبة متعلقة ببرنامج SNAP/قسائم الطعام ضد أسرتك المعيشية، يجوز إحالة المعلومات على هذا الطلب، بما في ذلك كافة أرقام الضمان الإجتماعي، إلى مؤسسات فدرالية وخاصة بالولاية، وكذلك مؤسسات خاصة لتحصيل المطالبات، وذلك لإتخاذ إجراء لتحصيل المطالبات.

على بعض أفراد الأسرة المعيشية التسجيل للعمل إن كانوا يريدون الحصول على مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام. سيخبرك مسؤول قضيتك عن أي فرد من أسرتك المعيشية عليه التسجيل للتأهل. ومن خلال التوقيع على إستمارة الطلب، إنك توافق على أن يتسجل الأفراد الملزمين. وإن حدث ذلك، قد يكون على هؤلاء الملزمين بالتسجيل الذهاب إلى "دائرة العمل وتنمية القوة العاملة" [Department of Labor and Workforce Development] (DOLWD) للخضوع لمقابلة. فسيعملون معك للمساعدة على تجهيزك للعثور على عمل يناسب مجموعة مهاراتك. وقد يكون بعض الأفراد ملزمين بالمشاركة في أنشطة متعلقة بالتوظيف والتدريب للحفاظ على أهليتهم. كما عليك القبول بالعمل المناسب والإحتفاظ به. وقد يتم تجريد الأفراد الذين يتخلفون عن التعاون بدون سبب وجيه من الأهلية لبرنامج SNAP.

وتعني عبارة ABAWD شخصاً قادراً جسدياً ما بين سني الـ18 والـ49 سنة وبدون معالين في الأسرة المعيشية، وإن كان غير معفاً بنحو آخر، يمكنه أن يكون مؤهلاً فقط لمدة ثلاثة (3) أشهر من مخصصات برنامج SNAP خلال مدة ثلاث (3) سنوات، إلا إن شارك في إلتزام العمل بموجب برنامج SNAP. وإبتداءً من 1 يناير/كانون الثاني 2016، سيتمثل إلتزام الشخص المشار إليه بـABAWD بالعمل بموجب برنامج SNAP بـ:

- العمل خلال ما لا يقل عن معدل 20 ساعة أسبوعياً (80 ساعة شهرياً) أو أكثر، أو
- المشاركة في برنامج تدريب مؤهل لمدة معدلها 20 ساعة أسبوعياً (80 ساعة شهرياً) أو أكثر

ويتم تقديم برامج التدريب المؤهلة عبر دائرة العمل وتنمية القوة العاملة وقد تكون:

- برنامجاً خاضعاً لـ"قانون إبتكارات وفرص القوة العاملة" [Workforce Innovation and Opportunity Act] لعام 2014؛
- برنامجاً خاضعاً للفقرة 236 من "قانون التجارة" [Trade Act] لعام 1974؛ أو
- حضور دروس في "التعليم الأساسي للبالغين" [Adult Basic Education] (ABE)

وسيكون المشاركون من المشار إليها بـABAWD مؤهلين فقط للحصول على مخصصات برنامج SNAP لمدة ثلاثة (3) أشهر خلال مدة ثلاثة وستين (36) شهرياً أو ثلاث (3) سنوات إبتداءً من 1 يناير/كانون الثاني 2016.

وقد تحصل على مزيد من المخصصات من برنامج SNAP/قسائم الطعام إن كان لديك إثبات بهذه الأنواع من النفقات:

- الطبية
- رعاية الأطفال أو العالة
- إعالة الأطفال
- الإسكان أو خدمات المرافق العامة

وقد يساعدك مسؤول قضيتك في دائرة DHS في الحصول على إثبات. لكن عليك الإبلاغ عن النفقة وإعطائنا الإثبات لها. وإن لم تبلغنا بهذه النفقات ولا تعطينا الإثبات لها، سنفترض أنك لا تريد المقطع ولن تحصل على مزيد من المخصصات من برنامج قسائم الطعام.

معلومات برنامج فاميليز فيرست:

إن حصلت من برنامج فاميليز فيرست على مدفوعات نقدية لست مؤهلاً لها، عليك ان تعيد دفعها للولاية. ويمكنك:

- الدفع من المدفوعات النقدية من برنامج فاميليز فيرست.
- الدفع نقداً إن كنت لا تتلقى مخصصات فاميليز فيرست.

إن أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت حقائق للحصول على مدفوعات نقدية من برنامج فاميليز فيرست، يجوز رفع دعوى ضدك في المحكمة. ويجوز إتهامك بالحنث باليمين (الحلفان كذباً) أو بالسرقة أو بجريمة أخرى، ويجوز الحكم عليك بقضاء وقت في السجن. وإن خالفت قواعد برنامج فاميليز فيرست عن قصد، نشير إلى ذلك بعبارة "الإنتهاك المتعمد للبرنامج" [Intentional Program Violation]. وإن تبين أنك ارتكبت جريمة، قد يتم حرمانك من برنامج فاميليز فيرست لمدة:

- 6 أشهر في المرة الأولى
- سنة واحدة في المرة الثانية
- إلى الأبد في المرة الثالثة

يحظر شرعاً الحصول على مدفوعات نقدية في ولايتين في آن واحد. وأي شخص يقوم بذلك يجوز حرمانه من المدفوعات النقدية لمدة 10 سنوات.

يحظر عليك استخدام بطاقة EBT الخاصة بك في المواقع التالية: محلات الكحول والكازينو وصالات البوكر ومؤسسات ترفيه البالغين وصالات لعبة البنغو وحبليات السباق ومحلات التجزئة المرخصة التي تكسب أكبر مبيعاتها من التبغ المفرق والسيجار والسجائر والبايب وغيرها من قطع التدخين. وإن خالفت هذا البند، قد تجبر على إعادة دفع المبلغ المشتري للجنة الأولى والثانية. وفي حالة وقوع المخالفة الثالثة، قد يعتبر مقدم رعاية أسرته المعيشية غير مؤهل إلى الأبد لإستخدام بطاقة EBT بهدف الحصول على مخصصاته النقدية من برنامج فاميليز فيرست، وقد يتم تعيين شخص مدفوع له وقائي للوصول إلى مخصصات برنامج فاميليز فيرست وإدارتها.

يستطيع أطفالك الحصول على مخصصات برنامج فاميليز فيرست أو برنامج SNAP/قسائم الطعام لكنك لا تستطيع الحصول عليها إن كنت:

- مجرماً هارباً
 - منتهكاً لإخلاء سبيل مشروط أو لشروط مراقبة السلوك بعد إخلاء السبيل
 - مذنباً بجناية متعلقة بالمخدرات ومرتكبة بعد 22 أغسطس/آب 1996، إلا إذا أستوفيت حالة إستثنائية محددة.
- قد يعطيك مسؤول قضيتك مزيداً من المعلومات عن الحالة الإستثنائية.

وللحصول على مدفوعات نقدية من برنامج فاميليز فيرست، عليك توقيع وإتباع "خطة مسؤولية شخصية" [Personal Responsibility Plan]. وقد تتطلب منك هذه الخطة الذهاب إلى نشاط متعلق بالعمل و/أو الدراسة.

معلومات هامة حول إعالة الأطفال وبرنامج فاميليز فيرست:

قد تتمكن من الحصول على المدفوعات النقدية لبرنامج فاميليز فيرست وإعالة الأطفال في آن واحد. إن حصلت على برنامج فاميليز فيرست، عليك مساعدتنا على إثبات هوية أب الطفل. كما عليك ان تعمل معنا لتحصيل أقساط إعالة الأطفال للأطفال الخاضعين لبرنامج فاميليز فيرست. ولن نحاول تحصيل أقساط إعالة إن أثبت وجود سبب وجيه لعدم القيام بذلك. ويجب أن يذهب كافة أقساط إعالة الأطفال أولاً لدائرة DHS. وإن أعطاك أحد الوالدين مالاً مباشرة، عليك إرساله إلى دائرة DHS. وقد تتمكن من إعادة تحصيل بعض أو كافة أقساط إعالة الأطفال. ونسمي هذه المدفوعات بمدفوعات المرور لإعالة الأطفال.

ويعتمد مبلغ دفعة مرور إعالة أطفالك على كلا "إحتياجك غير المستوفى" والمبلغ المدفوع لإعالة الأطفال. ونفترض إحتياجك غير المستوفى بناءً على:

- عدد الأشخاص الذين تغطيهم الدفعة النقدية لبرنامج فاميليز فيرست
- قيمة الدخل الآخر الذي لديك
- يمكنك الاستعلام من مسؤول قضيتك في دائرة DHS عن مبلغ الإحتياج غير المستوفى.

هل تريد تقديم طلب التصويت في الإنتخابات القادمة؟ يقتضي القانون الفدرالي والخاص بالولاية أن نسألك إن كنت تريد التسجيل للتصويت. فعلياً أن نطرح هذا السؤال كلما قدمت أو أعدت تقديم طلب للمخصصات، أو عندما يعاد إعتماذك للحصول على مخصصات، أو إن إتصلت لتخبرنا بأنك غيرت مسكنك. وسنساعدك على إستكمال كافة هذه الإستمارات.

معلومات تسجيل الناخبين:

- لن تغير المخصصات التي تتلقاها من دائرة DHS ما إذا ستسجل أو لا تتسجل للتصويت.
- يمكننا مساعدتك على تقديم الطلب. ويعود لك قرار الحصول على مساعدة. ويجوز لك إستكمال الإستمارة بمفردك.
- يجوز لك رفع شكوى لمنسق الإنتخابات على العنوان: Coordinator of Elections, Secretary of State's Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243 على الرقم 1-615-741-7956، و"مركز تينيسي لترحيل البيانات" [Tennessee Relay Center] على الرقم 1-800-848-0299، إن كنت تعتقد أن:
 - شخصاً تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت.
 - شخصاً تدخل في حقلك في الخصوصية عند إتخاذ قرار التسجيل أو تقديم طلب التسجيل للتصويت.
- إن إخترت التسجيل أو الرفض، لن نخبر أي شخص خارج لجنة الإنتخابات حول قرارك ولا أين قدمت الطلب. وسنستخدم ذلك فقط لأغراض التسجيل.
- لا يمكنك التصويت إلا بعد حصولك على بطاقة تسجيل الناخبين. وإن لم تستلم البطاقة خلال ثلاثة أسابيع، استعلم عن ذلك من لجنة الإنتخابات.
- سنتبين لجنة الإنتخابات في المقاطعة إن كنت تستطيع التسجيل للتصويت. لا تقوم بذلك دائرة DHS ولا "مكتب تينكير" [TennCare Bureau].
- إن أرسلت طلبك عبر البريد للجنة الإنتخابات في مقاطعتك، عليك التصويت شخصياً عند تصويتك للمرة الأولى.
- سنرسل لك عبر البريد إستمارة "طلب عبر البريد لتسجيل الناخبين" [Mail-In Application for Voter Registration] في غضون 30 يوماً إن كنت تخبرنا عبر الهاتف أو الإنترنت عن:
 - تغيير في العنوان
 - إستمارة طلب
 - إستمارة إعادة طلب
 - إعادة إعتماذك
 - معاينة

وإن كانت المهلة الأخيرة للتسجيل بعد أقل من 30 يوماً، سنرسل لك الإستمارة عبر البريد في غضون 5 أيام أو في يوم العمل التالي إن تمكنا من ذلك.

قانون HIPAA:

يقول قانون HIPAA الفدرالي إن علينا أن نحفظ الوقائع حول صحتك طبي الكتمان. كما أنه يقول إن علينا أن نعطيك هذا الإخطار. إليك القواعد التي علينا أن نتبعها لحفظ الوقائع حول صحتك طبي الكتمان. وهذه القواعد قد تتغير. وفي حال طرأت تغييرات هامة، سنخبرك بذلك.

ومن أجل تحديد أهليتك لبرنامج فاميليز فيرست، قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع:

- بعض موظفي الدائرة الذين يحتاجون إليها لقرار إذا يمكنك الحصول على برنامج فاميليز فيرست.
- كما قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع الوزارة الفدرالية للصحة والخدمات الإنسانية لأنها تتولى رقابة برنامج فاميليز فيرست.

وبعد الحصول على موافقتك الخطية المسبقة، قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع أي شخص أو هيئة أخرى مثل مقدمي الرعاية الصحية لك، و/أو محامي، و/أو أفراد عائلتك.

وإن كنت غير قادر على إعطاء موافقة خطية مسبقة، قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع:

- ممثل معتمد - سيحق له أيضاً إعطاء موافقة خطية للإفراج عن معلوماتك الصحية الطبية لأفراد وهيئات أخرى؛
- فرد من العائلة أو آخرين مشاركين في رعايتك الصحية. ويجوز لك أن تطلب منا الإمتناع عن إطلاعهم على معلوماتك. وسنوافق على ذلك إن إستطعنا القيام بذلك. وإن كنت طفلاً قاصراً أو في حالة طارئة، قد لا نكون قادرين على الموافقة.

وبدون أي موافقة مسبقة، قد تتقاسم دائرة DHS أيضاً معلوماتك الصحية الخاصة:

- مع وكالة رقابة صحية أو جهاز إنفاذ القوانين حسب مقتضيات القانون لأغراض التحقيق في مزاعم سرقة أو إحتيال متعلقة بتلقي مخصصات البرنامج؛
- مع أي فرد أو جهة أخرى، بما في ذلك جهاز إنفاذ القوانين ووكالات حكومية أخرى، عندما يكون ذلك مسموحاً بموجب القانون أو عند وجوب القيام بذلك بموجب أمر محكمة؛
- مع فرد أو جهة أخرى لأغراض البحث حسبما يكون ذلك مسموحاً بموجب القانون.

الحقوق حول معلوماتك الصحية

يحق لك:

- الاطلاع على سجلاتك الصحية، إلا حيث يكون ذلك محدوداً بموجب القانون.
- الحصول على نسخ من سجلاتك الصحية، إلا حيث يكون ذلك محدوداً بموجب القانون.
- التحدث معنا حول طريقة إستخدامنا وتقاسمنا لمعلوماتك الصحية.
- مطالبتنا بتغيير المعلومات الصحية التي نعتقد أنها غير صحيحة. وعلينا أن نطلب منا تغييرها خطأً وأن نخبرنا عن سبب ذلك. وقد لا نكون قادرين على تغييرها. وإن لم نستطع تغييرها، سنخبرك عن سبب ذلك.
- مطالبتنا بالامتناع عن تقاسم وقائع حول معلوماتك الصحية. وعلينا أن نطلب منا ذلك خطأً. وعلينا أن نخبرنا عن الوقائع التي لا تريد تقاسمها. وعلينا أن نخبرنا مع من لا نريدنا أن نتقاسم تلك الوقائع، لكن في بعض الأوقات، لا نستطيع الموافقة على طلبك. وسنخبرك عن سبب ذلك.
- الرجوع عن موافقتك على تقاسم معلوماتك الصحية. إن كنت قد وقعت على إستمارة تصريح، يمكنك الرجوع عنها في أي وقت، لكن علينا أن نقوم بذلك خطأً. ولن يغير ذلك أي وقائع سبق لنا أن تقاسمناها.
- مطالبتنا بالاتصال بك بطريقة مختلفة أو على عنوان مختلف. وعلينا أن نخبرنا ذلك خطأً.
- طلب إخطار جديد بممارسات خصوصية دائرة DHS.

الأسئلة أو الشكاوى

هل لديك أسئلة حول هذا الإخطار؟ يرجى الإتصال بالرقم 1-888-863-6178. وفي مقاطعة ديفدسون، إتصل بالرقم 615-313-5790. مبرقة TTY رقم 1-800-270-1349.

هل لديك شكوى حول الطريقة التي تمت بها معاملة معلوماتك الصحية الخاصة؟ يمكنك الإتصال أو مخاطبة أحد المكاتب المدرجة أدناه لطرح أسئلة أو رفع شكوى. ولن تفقد أهليتك إذا رفعت شكوى أو طرحت سؤالاً.

وفقاً للقانون الفدرالي وسياسات "وزارة الزراعة الأمريكية" [U.S. Department of Agriculture] (USDA) و"الوزارة الأمريكية للصحة والخدمات الإنسانية" [U.S. Department of Health and Human Services] (HHS)، يحظر على هاتين المؤسستين التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والعمر والإعاقة والجنس والهوية الجنسية والدين والإنتماء، وفي الحالات السارية، المعتقدات السياسية، أو الحالة الزوجية أو العائلية أو الأبوية، أو الميل الجنسي، أو واقعة أن كامل أو جزء من دخل فرد نشأ من أي برنامج مساعدة عامة، أو على أساس معلومات وراثية محمية، في التوظيف أو أي برنامج أو نشاط تقوم به الوزارة أو تمويله. (لن تسري كافة الأسس المحظورة على كافة البرامج و/أو أنشطة التوظيف.) وعلى الأشخاص ذوي الإعاقات والمتطلين لوسائل إتصال بديلة للحصول على معلومات برامج (مثل بربل والطباعة بالأحرف الكبيرة والأشرطة السمعية ولغة الإشارات الأمريكية ولخ.) الإتصال بالمؤسسة (الخاصة بالولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للسمع أو ذوي صعوبة في السمع أو إعاقات النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الإتصالات" [Federal Relay Service] على الرقم 877-8339 (800). وبالإضافة إلى ذلك، قد تكون معلومات البرامج متوفرة في لغات غير الإنجليزية. ولرفع شكوى تمييز، إستمارة "إستمارة شكوى التمييز في برامج وزارة USDA" [USDA Program Discrimination Complaint Form] الموجودة على الإنترنت على العنوان http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، أو لدى أي مكتب لوزارة USDA، أو اتصل بالرقم 632-9992 (866) لطلب الإستمارة. وارسل لنا إستمارة شكاوك المستكملة أو رسالة عبر البريد على العنوان U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 أو عبر الفاكس على 690-7442 (202) أو عبر البريد الإلكتروني على program.intake@usda.gov. وراسل HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 أو إتصل بالرقم 619-0403 (202) (صوت) أو الرقم 619-3257 (202) (TTY). ويجوز للسمع أو ذوي صعوبة في السمع أو إعاقات النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الإتصالات" [Federal Relay Service] على الرقم 877-8339 (800)؛ أو الرقم 845-6136 (800) (الإسبانية). تقدم وزارة USDA ووزارة HHS فرصاً متكافئة في العمل. كما يجوز لك مراسلة Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243، أو الإتصال بالرقم 313-4700 (615).

حَقِّقْ فِي الْحُصُولِ عَلَى جَلْسَةِ مَنْصَفَةٍ:

ماذا يحدث إن لم توافق على ما قرراه حول طلبك أو قضيتك؟ يمكنك الإستئناف بطلب عقد جلسة منصفة. ويجوز لك التكلم بالنيابة عن نفسك خلال الجلسة. كما يجوز لك أن تحضر صديقاً أو قريباً أو محامياً للتكلم بالنيابة عنك. وعندما تسمع منا، أمامك 90 يوماً لرفع إستئناف لمخصصات برنامجي فاميليز فيرست وقسانم الطعام. وإن أردت مواصلة مخصصاتك بينما يتم إتخاذ قرار حول الإستئناف، عليك أن تطلب ذلك منا في غضون 10 أيام لبرنامجي فاميليز فيرست وقسانم الطعام. وإن خسرت قضية الإستئناف، قد تجبر على إعادة دفع المخصصات التي تلقيتها أثناء وقت إتخاذ قرار حول الإستئناف. وإن أردت رفع إستئناف، اخبر مسؤول قضيتك لدى دائرة DHS. ويمكنك أيضاً الإتصال بمركز خدمة مساعدة العائلة على الرقم 1-866-311-4287. هذا الرقم مجاني.

إذن الإفراج عن سجلات حضور المدرسة:

أنا (المشارك) أعطي إذناً لدائرة تعليم تينيسي أو مدرسة طفلي بالإفراج لدائرة تينيسي للخدمات الإنسانية عن سجلات حضور المدرسة للأطفال الذين شملتهم على هذا الطلب. وستستخدم دائرة الخدمات الإنسانية هذه السجلات، بما فيها أرقام الضمان الإجتماعي، لمساعدتي على الإيفاء بمسؤولياتي في برنامج فاميليز فيرست وسيتم تدمير السجلات عندما لا تعد مطلوبة.

إذن الإتصال بي:

أوافق على أنه يجوز لدائرة DHS أن تتصل بي عبر البريد الأمريكي أو عبر الهاتف على العنوان والأرقام المذكورة على إستمارة طلبي، وأن تترك رسائل عندما أكون غير متوفر، وذلك حسبما هو ضروري لتزويد المعلومات حول إستمارة طلبي للمخصصات/الخدمات أو المخصصات/الخدمات التي أتلها حالياً.